

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 67

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THROMBO-PHLEBITE ORBITAIRE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Janvier 1924

PAR

Pierre-Maurice-Georges GAIN

Né à CHATEAUROUX (Indre), le 6 septembre 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LAGRANGE, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur	Juges.
		CABANNES, agrégé.....	
		ROCHER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 67

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THROMBO-PHLÉBITE ORBITAIRE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Janvier 1924.

PAR

Pierre-Maurice-Georges GAIN

Né à CHATEAUROUX (Indre), le 6 septembre 1896.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LAGRANGE, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	} <i>Juges.</i>
		CABANNES, agrégé.....	
		ROCHER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Anatomie générale et histologie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Physiologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Hygiène.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUIL.
Médecine légale et déontologie.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	GUYOT.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Chimie.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Botanique et matière médicale.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Pharmacie.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Médecine légale.....	LANDE.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	DUVERGEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	PAPIN.
id.....	N.	id.....	JEANNENEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	Obstétrique.....	PERY.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	id.....	FAUGÈRE.
Médecine générale.....	MAURIAC.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	LEURET.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	DUPERIÉ.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	GREYX.		
id.....	MICHELEAU.		
id.....	BONNIN.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE — A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance infinie pour tout ce
que je leur dois.

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUSSEAU-SAINT PHILIPPE

*Médecin honoraire des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAUVIEUX

*Oculiste des Hôpitaux,
Chef du laboratoire de la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Médecine
de Bordeaux.*

En reconnaissance des conseils qu'il a
bien voulu me donner dans le choix et la
préparation de cette thèse. Qu'il trouve ici
mes remerciements les plus vifs.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHER

*Chargé du cours complémentaire d'orthopédie,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

En témoignage de sa grande bienveillance
et des excellents conseils qu'il me prodigua
pendant mon long séjour auprès de lui, à
titre d'assistant. Qu'il soit assuré de la recon-
naissance de l'élève respectueux à son
maître si distingué.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LAGRANGE

*Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant de l'Institut,
Associé national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON SAVANT MAÎTRE,

En témoignage des sentiments reconnaissants de l'élève que vous avez guidé, depuis le début de la guerre, dans ses études médicales avec tant de bonté et de sollicitude et à qui vous avez donné tant de conseils judicieux et éclairés.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THROMBO-PHLÉBITE ORBITAIRE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'étude de la thrombo phlébite orbitaire et de la phlébite même est de date relativement récente.

Dans son article du *Dictionnaire* en 30 volumes, Raige Delorme s'exprimait ainsi en parlant de la phlébite : « Plusieurs auteurs modernes ont prétendu en trouver dans Arétée une description dans le fameux article *De venæ concavæ acuto affectu* (lib. II, acut. passion., caput 8). Mais quelle que soit la bonne volonté qu'on y mette, il est impossible de reconnaître, dans la description que donne Arétée, l'ensemble des caractères propres à l'inflammation des veines ; il y a plus, c'est que cette description ne s'applique d'une manière rigoureuse à aucune des maladies que nous observons journellement. »

Et même à une époque plus rapprochée de la nôtre, époque

où la saignée était fort en honneur pour guérir le mal et aussi pour le prévenir, de nombreux cas d'inflammations veineuses étaient la conséquence de ces phlébotomies. Les phénomènes inflammatoires étaient nets, tangibles pour tous les médecins, mais la cause de ces accidents était rapportée à toute autre cause, la piqure d'un nerf ou d'un tendon.

C'est ainsi qu'Ambroise Paré, relatant l'histoire d'une saignée malheureuse pratiquée sur le roi Charles IX par Portail, disait que celui-ci « qui avoit le bruit de bien saigner, cuidant faire ouverture à la veine, *piqua le nerf* ». Le même auteur mentionne également la mort de « la baillise Courtin, à laquelle, pour avoir esté ainsi mal saignée, le bras lui tomba en gangrène et totale mortification dont elle mourut ».

En 1773, J. Hunter mentionne pour la première fois l'inflammation de la membrane interne des veines. Il divise l'inflammation en adhésive, suppurative et ulcéorative.

Les travaux de Hasse, Meckel, Travers, paraissent successivement, puis le *Traité des maladies des artères et des veines* de Hodgson, qui lui aussi étudie la phlébite et ses troubles fonctionnels très accusés qui lui succèdent.

En 1818, Břeschet, dans sa traduction des œuvres d'Hodgson, qu'il fait suivre de *notes particulières*, et dans un travail publié à part sur la phlébite, donne un exposé complet de la maladie, qu'il fait ainsi le premier connaître en France. C'est lui le premier qui crée le mot de phlébite par lequel la maladie a toujours été désignée depuis.

A ce moment, la phlébite, reconnue en France, suscite un grand nombre de travaux; signalons ceux de Velpeau, Bouillaud, puis la thèse d'agrégation de Sédillot sur la phlébite traumatique en 1832.

Ce n'est qu'en 1840 que l'étude de la phlébite des veines ophtalmiques est réellement entreprise.

C'est ainsi que les auteurs du *Compendium de chirurgie* lui consacraient ces quelques lignes : « Il est une autre variété d'ophtalmie que Mackensie a eu le tort de confondre avec l'ophtalmie purulente métastatique, car elle se rattache à l'obli-

tération de la veine ophtalmique par des caillots sanguins développés sous l'influence d'une inflammation de cette veine. On sait que chez les individus affaiblis par de longues maladies, le sang se coagule quelquefois dans certaines veines, et en particulier dans celles du membre inférieur, et l'on attribue généralement cette coagulation à une phlébite spontanée, qui ne dépasse pas la première période. Eh bien ! Ce phénomène peut arriver du côté de la veine ophtalmique. » (T. III, p. 307). A cette époque se placent les travaux de Cruveilhier, qui étudie et énumère un grand nombre de phlébites profondes, phlébite utérine, des sinus de la dure-mère, de l'artère pulmonaire, etc...

Puis paraît le mémoire de Bouchut (1845) sur les coagulations intraveineuses, que l'on voit dans les phlébites des sinus dues à la cachexie. C'est alors que paraissent les travaux de Virchow, qui, avec le secours du microscope, montre que la transformation purulente du caillot n'existe pas, mais que l'aspect sous lequel se présente le caillot n'est qu'un état de régression et de transformation chimique. La doctrine de l'embolie va lui servir à expliquer les lésions multiples de l'infection purulente ; ce ne sont plus des parcelles de pus, mais des débris du caillot lui-même, qui, ayant subi un ramollissement putride, vont donner des métastases à distance. On sait que Pasteur, par ses travaux sur les microorganismes, a renversé depuis complètement sa théorie.

A la même époque, en 1856, Leber reconnaît deux formes cliniques de la phlébite orbitaire, la forme méningée et la forme pyohémique.

En 1857 paraît la thèse de Casson. Il signale des cas de phlébite de la veine ophtalmique consécutive à des inflammations de la face.

Dès lors, les auteurs, profitant des connaissances acquises, vont rechercher les diverses inflammations locales susceptibles de provoquer la thrombo-phlébite ophtalmique.

Trüde le premier, en 1860, montre que les inflammations de la face, telles que furoncles, anthrax, remarquables par leur gravité spéciale, et qui, la plupart du temps, entraînaient la

mort du malade, se propagent aux sinus de la dure-mère et à la veine ophtalmique grâce à une phlébite faciale. Il intitula son travail, qui était basé sur des constatations anatomiques et anatomo-pathologiques : *De la mort prompte dans les furoncles du visage*.

Blachez et Dubreuil, dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1864, publièrent un certain nombre d'observations sur ce sujet. Le Dantu, en 1865, en fit le sujet de sa thèse inaugurale.

Heubner et Kapp, en 1868, font paraître deux travaux sur la thrombose des sinus de la dure-mère.

Reverdin, en 1870, rappelle tous ces faits et met au point la question.

Il signale les causes de la gravité des anthrax et des furoncles de la face, dans son mémoire paru dans les *Archives générales de médecine* (1870, vol. I, p. 164). Il réclame une intervention énergique et rapide en présence de ces inflammations des téguments de la face. « Sur 43 cas, ajoute-t-il, dans lesquels le traitement suivi est indiqué, 18 fois aucune incision n'a été pratiquée; sur ces 18 cas, 12 ont été suivis de mort, l'abstention n'a donc point empêché les complications et la mort. Les 25 cas suivants se rangent dans les deux catégories suivantes : 5 fois l'anthrax a été incisé avant qu'il se fût produit aucune complication et les 5 malades ont guéri, 20 fois l'incision a été pratiquée, alors qu'un gonflement plus ou moins étendu de la face témoignait d'une phlébite commençante, 16 malades sont morts, 4 ont guéri. Ajoutons que ces 4 cas sont les seuls, à notre connaissance, qui se soient terminés favorablement malgré la phlébite, et que les 6 malades qui ont guéri sans incisions n'ont pas présenté de complications, à part celui de Weber. »

De cette époque à l'année 1887, on rencontre dans les journaux de médecine un certain nombre d'articles et d'observations, tels que : un chapitre du *Traité des maladies des yeux*, d'Abadie (1876), intitulé : *OEdème avec ophtalmie*; un article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1881) ayant pour titre : *La thrombose ou phlébite de la veine ophtalmique*; une clinique de M. le professeur Panas, publiée dans la *Semaine*

médicale du 29 juillet 1885, et un mémoire important de de Lapersonne sur *La phlébite suppurée des veines ophtalmiques et des sinus caverneux*, paru en octobre 1885 dans les *Archives d'ophtalmologie*. Il insiste particulièrement dans son travail sur les lésions bucco-pharyngiennes, point de départ de cette complication.

En 1887, Gaillard, dans sa thèse intitulée : *Phlébite des veines ophtalmiques*, et Lancial, en 1888, dans un travail très important sur la *Thrombose des sinus de la dure-mère*, mettent la question au point.

Widal et Vaquez, par leurs travaux, montrent que toute phlébite suppose un agent infectieux, ils modifient ainsi les idées sur les anciennes thromboses marastiques et cachectiques.

En 1898, Descazals, dans sa thèse intitulée : *Des thrombo-phlébites des sinus de la dure-mère*, montre la pathogénie de l'affection et les tentatives chirurgicales faites pour enrayer cette maladie.

Robineau, la même année, dans sa thèse, propose un traitement ou plutôt une opération hardie, bien décrite, ayant pour but de faire le curettage du sinus caverneux infecté.

Nous donnerons plus loin, lorsque nous parlerons du traitement de la thrombo-phlébite orbitaire, la technique de cette opération.

Luc et Preysing font paraître des observations sur les suppurations de l'oreille moyenne et leurs complications.

En 1900, Politzer présente des pièces anatomiques et fait la communication d'un cas de thrombose du sinus caverneux à la Société autrichienne d'otologie.

Bellin, en 1901, en observe 1 cas à la Charité dans le service du docteur Campenou, et le docteur Lombard publie, dans les *Annales du larynx, du nez et des oreilles*, successivement 2 observations en 1902 et en 1904.

En 1905, Moreau, dans sa thèse, signale que le traitement hâtif des sinusites, que le débridement de ces cavités osseuses pleines de pus préviennent l'inflammation du système veineux voisin et la thrombo-phlébite orbitaire.

En 1909, Lamm (de Stockholm), publie 1 cas de thrombo-phlébite de l'orbite après une rupture du sac lacrymal, ayant entraîné la mort de son malade.

En 1910, Borge, dans sa thèse, étudie et met au point la thrombo-phlébite des sinus caverneux.

Puis paraissent successivement les observations de Jacques (1911), de Gaudier et de Moty (1912).

En 1913, Takashima publie, dans les *Annales ophtalmologiques de Mexico*, 1 cas de thrombo-phlébite orbitaire survenue après extirpation du sac lacrymal. Il en publie l'observation qu'il fait suivre d'un examen anatomo-pathologique très détaillé. Il attire l'attention sur ce point qu'il n'y a pas eu faute d'asepsie opératoire, mais issue de germes par la perforation du sac ou de ses deux extrémités (inoculation de cocci).

Pendant la grande guerre, nous ne relevons pas d'observations concernant cette redoutable affection.

En 1917, Got, dans la *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, étudie les thrombo-phlébites du sinus caverneux, d'origine amygdalienne. Il fait suivre son mémoire de 3 observations dont une personnelle et que nous publions d'autre part. Il propose un procédé de choix pour atteindre le sinus caverneux, tout en restant sceptique sur les chances de réussite de cette intervention chirurgicale.

En 1920, Charlin publie 4 observations cliniques de thrombo-phlébite du sinus caverneux et des veines ophtalmiques dans les *Annales d'oculistique*. Il y joint des commentaires extrêmement judicieux qui, s'ils ne jettent pas un jour nouveau sur la question, la précisent le plus nettement possible.

Comme on le voit, les peu nombreuses observations de ces dernières années pourraient faire croire que la thrombo-phlébite orbitaire est une affection extrêmement rare. Pour notre part, nous sommes de l'avis de Carlos Charlin, les malades qui ne sont pas dirigés sur les services d'ophtalmologie ou d'oto-rhino-laryngologie meurent peut-être sans diagnostic précis.

CHAPITRE II

Symptômes.

Nous diviserons la symptomatologie de cette affection en deux périodes : la période de début et la période d'état, réservant quelques lignes à la suite pour les symptômes généraux.

I. — Période de début.

La thrombo-phlébite orbitaire étant presque toujours consécutive à une lésion de voisinage, les modes de début de cette affection sont très variés.

Nous aurons donc à étudier ces modes de début, suivant que la thrombo-phlébite reconnaît comme point de départ les *parties superficielles de la face*, c'est-à-dire les lèvres, les joues, les paupières, les tempes et le front, *les cavités de la face*, c'est-à-dire la bouche, la gorge, les fosses nasales, ainsi que leurs cavités annexes, les sinus sphénoïdaux, frontal et maxillaire, et *la cavité du crâne*.

1° Point de départ : régions superficielles de la face. — Lorsque la phlébite des veines ophtalmiques succède à une inflammation de la face, à un anthrax, à un furoncle de la lèvre supérieure par exemple, elle est toujours précédée de phlébite faciale, bien reconnaissable à ses signes particuliers.

En effet, la région initiale, tout d'abord tuméfiée légèrement, est le siège d'un œdème volumineux, de consistance dure comme du bois dans toute son étendue et de coloration bleuâtre. Puis le gonflement se propage avec rapidité le plus souvent du côté

des parties supérieures de la face, et quelquefois du côté des parties inférieures (menton et cou). Les tissus envahis ont la consistance ligneuse de la lésion initiale; un caractère cependant les différencie, leur coloration pâle, avec, disséminés çà et là, quelques petits points rouges, amorces d'abcès ou d'œdème érysipélateux.

La pression de ces parties œdématisées ne laisse pas d'empreinte, mais elle paraît extrêmement douloureuse quand l'état du malade permet de faire cette constatation.

C'est qu'en effet, en dehors de ces signes locaux, la phlébite faciale s'accompagne de phénomènes généraux graves, tels que frissons, douleurs intenses, fièvre avec élévation notable de la température, insomnie. A cet état général et local excessivement mauvais vont succéder rapidement les premiers symptômes de la thrombo-phlébite orbitaire.

2° Point de départ : cavités de la face. — Passons maintenant à l'étude des symptômes de la phlébite ophtalmique succédant à une lésion des cavités de la face : bouche, gorge, fosses nasales et cavités annexes.

Allons-nous assister au même tableau clinique? Cela ne peut être, puisqu'un simple aperçu anatomique de la région nous montre que la voie veineuse de propagation va se faire, le plus généralement, par l'intermédiaire des veines de la fosse ptérygo-maxillaire.

Il ne nous est donc pas possible de suivre pas à pas, comme dans le cas du furoncle de la lèvre supérieure, la progression de l'affection.

Certes, l'état du malade est mauvais, il survient des frissons violents, suivis de grands accès thermiques, avec une détente brusque accompagnée de sueurs profuses.

S'il s'agit d'une amygdalite phlegmoneuse, par exemple, on peut suivre l'aggravation locale de la plaie. Cette dernière s'ulcère, prend une coloration grisâtre avec tuméfaction périphérique. Puis apparaît l'œdème qui gagne les régions temporale, jugale et parotidienne.

Et très rapidement, quelquefois en quelques heures, apparaissent les symptômes d'envahissement du sinus caverneux.

3° Point de départ : cavité du crâne. — Les symptômes cérébraux apparaissent les premiers, sous la forme de céphalalgie plus ou moins violente, s'irradiant jusqu'à la moitié de la tête. On note aussi des signes de méningite. La thrombo-phlébite n'apparaît qu'*in extremis*. C'est, pour ainsi dire, la signature ultime des désordres méningo-encéphaliques, de la thrombose des sinus craniens.

En résumé, on trouve trois modes de début de la thrombo-phlébite orbitaire. Elle peut être consécutive :

a) *A une inflammation des parties superficielles de la face.* — Dans ce cas, elle est précédée de phlébite faciale dont on peut suivre l'évolution pas à pas ;

b) *A une inflammation des cavités de la face.* — Dans ce cas, au contraire, seul l'état général mauvais du malade fait craindre une complication, et la thrombo-phlébite éclate la plupart du temps brusquement ;

c) *A une inflammation de la cavité du crâne.* — Dans ce cas, il est évident que les symptômes sont, avant tout, cérébraux, la phlébite des veines ophtalmiques ne jouant qu'un rôle secondaire dans ce tableau.

II. — Période d'état.

Nous aurons à étudier des signes locaux et des signes généraux.

Signes locaux. — Ils sont physiques et fonctionnels. On note :

L'œdème des paupières. — C'est le premier signe que l'on remarque.

Cet œdème est unilatéral au début ; il devient rapidement bilatéral et a ce caractère particulier d'être plus prononcé à la paupière supérieure qui retombe le plus souvent sur la paupière inférieure en la recouvrant.

La caractéristique de l'œdème est d'être mou, ce qui permet parfois de sentir les cordons indurés des veines palpébrales.

Rapidement lui succède une véritable inflammation ; les paupières sont alors rouges, tendues, infiltrées ; les régions avoisinantes, le front, la tempe, sont le siège d'une tuméfaction où l'on perçoit, comme au niveau des paupières, des cordons durs et bleuâtres.

L'exophtalmie. — Elle est unilatérale au début, comme l'œdème des paupières, mais a ceci de caractéristique, c'est que lorsqu'elle devient bilatérale, les signes primitifs ont tendance à diminuer. D'ailleurs, le passage de l'affection d'une orbite à l'autre s'opère presque toujours au milieu de symptômes généraux qui sont l'indice de cet envahissement progressif.

Caractères de l'exophtalmie. — Elle est difficile à apprécier, par suite du gonflement des paupières.

Elle présente des degrés variables.

Elle est modérée, c'est-à-dire que la projection du globe oculaire en avant n'est pas très accusée. Elle est *directe*.

La pression n'est pas douloureuse ; nous reviendrons sur ce signe au sujet du diagnostic différentiel.

La conjonctive est le siège d'un chémosis séreux ou sanguinolent, d'abord localisé, puis s'étendant rapidement.

Il en est de même de la cornée qui présente des troubles trophiques, dus soit à son irritation au contact de l'air par lagophthalmie, soit à la gêne circulatoire, soit des troubles nerveux (syndrome de kératite neuro-paralytique).

Le tonus de l'œil est généralement normal.

Quant aux mouvements de l'œil, on les divise en mouvements actifs et volontaires et en mouvements passifs ou communiqués.

Les premiers sont entièrement abolis, les seconds sont possibles, le globe peut être libre dans la capsule de Tenon, et l'on peut en déduire, si l'on constate une immobilité du globe, qu'il y a altération de cette capsule.

Si on essaie d'examiner le fond d'œil, cela n'est pas facile dans bien des cas, par suite de l'œdème volumineux des paupières par exemple. On constate, au début même de l'affection,

l'intégrité parfaite des milieux oculaires, ainsi que le rapportent Finlag et Whitehead. On note seulement une dilatation des veines rétiniennes circumpapillaires, indiquant ainsi une gêne de la circulation intraorbitaire. Plus tard, la panophtalmie survient, les milieux de l'œil s'altèrent, et on assiste à une véritable fonte de l'œil, quand l'évolution de la thrombophlébite le permet.

Les troubles de la vue attirent eux aussi l'attention. La vision, en effet, est plus ou moins altérée, avec, dans certains cas, de la dyschromatopsie marquée pour certaines couleurs (Panas); dans d'autres, au contraire, ainsi que de Lapersonne le rapporte, on peut noter de l'amaurose subite. Ce fait, cependant, est une exception.

Enfin, quelques observations signalent qu'à une hyperesthésie générale correspond une photophobie marquée.

III. — Symptômes généraux.

Nous venons de voir que les symptômes locaux de la thrombophlébite orbitaire sont graves; les symptômes généraux ne le cèdent en rien aux premiers : la thrombophlébite orbitaire est une affection très insidieuse.

Nous observons, en effet, à côté des symptômes orbitaires que nous venons de décrire, des symptômes méningo-encéphaliques marqués et de hautes températures.

1° Symptômes méningo-encéphaliques. — Certains malades présentent des troubles cérébraux qui vont du délire intermittent nocturne à la somnolence, à la torpeur, et qui, aux dernières phases de l'affection, arrivent au coma complet; d'autres, de la céphalalgie violente et très douloureuse, des contractures, du Kernig (G. Charlin). Enfin, le liquide céphalo-rachidien est lui-même altéré. L'examen pratiqué nous montre de la lymphocytose, de la polynucléose;

2° Fièvre. — La thrombo-phlébite s'accompagne toujours de fièvre avec une température élevée (39 à 40 degrés) qui est quelquefois continue, se maintenant aux environs de 40 degrés, ou bien présentant l'aspect d'une courbe brisée, à chutes matinales et à exacerbations vespérales, signe de la pyohémie.

De tout ce que nous venons de voir, nous pouvons conclure que les symptômes généraux donnent trois formes cliniques, bien décrites par Lancial :

- 1° La thrombo-phlébite orbitaire à forme pyohémique;
- 2° La thrombo-phlébite orbitaire à forme méningée.
- 3° La thrombo-phlébite orbitaire à forme typhique;

1° Forme pyohémique. — Les auteurs seraient d'accord sur ce point qu'elle se rencontrerait dans la moitié des cas environ.

On observe des frissons d'une intensité extrême et se renouvelant plusieurs fois dans la même journée. Ils sont généralement suivis de sueurs abondantes et profuses. La régularité dans leur apparition est telle que l'on pourrait songer à des accès d'impaludisme.

Puis, en quelques jours, l'état général s'affaiblit. On note de la diarrhée profuse, une température élevée pouvant monter jusqu'à 40 degrés.

Il y a des métastases purulentes à distance, dans les poumons, dans le foie et la rate par exemple.

2° Forme méningée. — Plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte (Körner), elle est souvent très difficile à différencier de la méningite suppurée.

Dans cette forme, on voit survenir de la céphalalgie d'une intensité extrême, du délire parfois très violent, de la raideur de la nuque, des convulsions, que nous étudierons dans le chapitre suivant, à propos de la phlébite du sinus, dite phlébite hématique.

3° Forme typhique. — Les phénomènes cérébraux ont, dans ce cas, moins d'intensité. On observe surtout une prostration

extrême, avec hébétude, incohérence de paroles, fièvre et sécheresse de la langue. On peut trouver là le tableau même de la dothiéntérie : épistaxis, douleurs abdominales, etc.

Nous avons observé une quatrième forme clinique de la thrombo-phlébite orbitaire, très peu décrite par les auteurs, et que le docteur Beauvieux a notée dans l'observation qu'il a eu l'obligeance de nous confier et que nous reproduisons plus loin.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Nous venons de voir dans le chapitre précédent qu'il y a deux modes de propagation, deux voies veineuses d'infection de la thrombo-phlébite orbitaire : une voie veineuse superficielle et une voie veineuse profonde.

La première fait communiquer les régions superficielles de la face par l'intermédiaire des veines angulaires, préauriculaires ou faciales, avec les veines ophtalmiques. Aussi, lorsque nous voyons survenir une phlébite faciale, le diagnostic est facile. De la lésion primitive à l'orbite, nous assistons au déroulement complet et successif des symptômes que nous avons déjà décrits ; le doute ne peut être permis, l'erreur est quasiment impossible.

La phlébite faciale disparaîtrait-elle, la recherche des cordons indurés périorbitaires nous indiquerait bien vite la lésion d'origine.

La voie veineuse profonde, au contraire, est une voie cachée. Le point de départ est lui-même dissimulé dans les cavités de la face, et l'on comprend tout de suite les difficultés d'un diagnostic précoce et d'une thérapeutique préventive. En peu de temps, en effet, un phlegmon de l'amygdale peut se compliquer, par exemple, d'une thrombo-phlébite orbitaire. Il n'y aura plus, dans ce cas, de phlébite faciale soulignant la marche de l'infection, et d'emblée les phénomènes méningo-encéphaliques et les symptômes oculaires apparaîtront.

Le diagnostic différentiel se fera avec :

- 1° Les tumeurs de l'orbite ;
- 2° Les tumeurs intra-oculaires ;
- 3° La ténionite ;
- 4° La cellulite ;
- 5° Le phlegmon de l'orbite.

1° Tumeurs de l'orbite. — Elles peuvent produire de l'exophtalmie et de l'œdème des paupières, mais ces signes s'installent plus lentement ; la marche de l'affection est le plus souvent progressive, sans variations quotidiennes et signes capitaux ; on observe une *exophtalmie latérale* et rarement directe, sauf dans les tumeurs du nerf optique et il n'y a pas de *phénomènes généraux graves*, comme dans la thrombo-phlébite orbitaire.

Il nous faut signaler, à côté de ces tumeurs à marche plutôt lente, certaines *tumeurs malignes* de l'orbite, à évolution extrêmement rapide, qui, après une période de latence prolongée, s'accusent par des symptômes remarquables par leur intensité.

Le diagnostic se fera par l'*absence de fièvre marquée* et de *phénomènes généraux graves*. Enfin l'évolution ultérieure de l'affection éclairera le diagnostic.

Tillaux, cité par Gaillard dans sa thèse, rapporte ainsi l'observation d'un cas de sarcome de l'orbite, à marche aiguë, qui présentait les mêmes symptômes que ceux de la phlébite des veines ophtalmiques. Deux seulement manquaient : la fièvre et les signes cérébraux.

2° Tumeurs intra-oculaires. — Nous passons rapidement sur ces tumeurs qui ne présentent pas d'exophtalmie véritable et qui sont caractérisées par une modification de forme ou de volume du globe de l'œil.

3° Ténionite. — Caractérisée par des douleurs névralgiques exacerbantes, elle est bilatérale. Le patient a la sensation d'un poids au fond de l'orbite ; il ne fait aucun mouvement de ses yeux, parce que chaque mouvement réveille sa douleur.

On observe, dans ce cas, une légère bouffissure des paupières avec chémosis séreux et rougeur de la conjonctive. Il y a un peu d'exophtalmie et de diplopie.

La pupille est normale et l'examen du fond de l'œil à la chambre noire montre un certain degré d'hyperhémie veineuse.

Mais les phénomènes généraux n'ont aucun caractère de gravité ; il n'y a ni fièvre, ni accidents cérébraux. Il n'y a qu'un symptôme primordial : c'est la *douleur oculaire* qui caractérise nettement la ténionite.

4° Cellulite. — Elle est caractérisée par un œdème considérable des paupières avec chémosis. Cette affection a de nombreux points de ressemblance avec la thrombo-phlébite orbitaire. Aussi le diagnostic devra-t-il être fait soigneusement, car si la cellulite est une maladie bénigne, la thrombo-phlébite de l'orbite, au contraire, a un pronostic très sombre.

Les symptômes généraux sont bruyants ; on observe de la fièvre, des phénomènes cérébraux (céphalalgie), des vomissements et du ralentissement du pouls.

Quant aux symptômes locaux, en plus du volumineux œdème palpébral et du chémosis, on note un certain degré d'exophtalmie, dû au gonflement des tissus profonds infiltrés.

Les causes mêmes de cette affection ne donnent pas le diagnostic ; elle est due à l'érysipèle, à la pyémie, et parfois à la méningite suppurée.

La résorption de l'exsudat termine généralement l'affection.

Cependant quelquefois, l'inflammation passe à la suppuration, on a affaire alors au phlegmon de l'orbite.

5° Phlegmon de l'orbite. — Il présente, plus encore que la cellulite, des points de rapprochements remarquables avec la thrombo-phlébite orbitaire.

On observe toujours de l'exophtalmie, de l'œdème des paupières et du chémosis séreux de la conjonctive.

Les milieux de l'œil, à l'ophtalmoscope, ne présentent rien de particulier au début. Ils sont transparents, avec un léger degré de dilatation des veines rétiniennes.

Quant aux symptômes généraux, ce sont les mêmes que dans la phlébite des veines ophtalmiques.

Le diagnostic, on le voit, est donc très difficile à faire au début, d'autant plus que le phlegmon orbitaire peut être la cause de la thrombo-phlébite de l'orbite. On le fera en reprenant méticuleusement les symptômes du phlegmon de l'orbite. En effet, on note que si on palpe l'œdème volumineux des paupières on occasionne au malade une très vive douleur.

Signe déjà différentiel : l'œdème de la thrombo-phlébite orbitaire étant très peu douloureux en général, les auteurs l'ont souvent comparé à la *phlegmatia alba dolens* des accouchées.

On observe de plus comme un bourrelet annulaire, quelquefois fluctuant, occupant les sillons orbitaires et palpébraux, qu'il suffit parfois d'inciser pour y trouver du pus ou de la sérosité.

Rien de semblable dans la phlébite des veines ophtalmiques.

D'autre part, l'exophtalmie du phlegmon est généralement plus rapide ainsi que les troubles externes. C'est une inflammation de l'orbite visible, caractérisée par de la chaleur, de la rougeur des téguments, et qui se manifeste à grands fracas.

On ne trouve pas de petits cordons indurés sur le trajet des veines. L'état général n'est pas mauvais : il n'y a ni frissons, ni syncope, etc.

S'agit-il d'un phlegmon orbitaire bilatéral, à la suite d'érysipèle par exemple?

L'identification des caractères de l'abcès de chaque côté guidera le diagnostic, qui pourra se trouver confirmé, comme il a été dit plus haut, par une incision explorative de la loge postérieure de l'orbite.

*
* *

De tout ce que l'on vient de voir, il faut retenir que seul le phlegmon de l'orbite, complication de la cellulite le plus souvent, est l'affection dont les symptômes ressemblent le plus, tant au point de vue local que général, à ceux de la thrombo-phlébite orbitaire et qu'un examen rapide pourrait être la cause d'une grave erreur de diagnostic.

CHAPITRE IV

Pronostic.

La thrombo-phlébite orbitaire, une fois déclarée, évolue extrêmement vite. Sa marche peut être de cinq à six jours, huit ou dix jours au plus.

Certains auteurs ont même observé une évolution plus rapide encore et ont vu une terminaison fatale survenir au troisième et au quatrième jour.

Les causes de la mort sont dues, d'une part à la propagation de l'inflammation aux sinus de la dure-mère et au cerveau, et d'autre part aux phénomènes d'intoxication, consécutive à un état septico-pyohémique ou typhique. On cite aussi les cas très rares d'embolies, avec accidents cardio-vasculaires, entraînant la mort subite.

Comme nous l'avons déjà vu, la thrombo-phlébite orbitaire débute d'un côté, gagne, par l'intermédiaire du sinus caverneux et du sinus coronaire, les veines ophtalmiques du côté opposé, où nous observons les mêmes symptômes cliniques.

Cet envahissement des sinus n'est pas marqué par des signes bien caractéristiques, montrant la marche de l'infection. On peut observer cependant du délire allant jusqu'au coma complet; la température ne se modifie pas, le pouls ne présente pas d'irrégularités; il n'y a pas de bradycardie comme dans les méningo-encéphalites.

Seuls les signes d'infection purulente, de pyohémie, s'accompagnent d'une fréquence plus grande des frissons, de troubles pulmonaires et de gonflement des articulations. Le pronostic de la thrombo-phlébite orbitaire est presque toujours fatal.

Gaillard rapporte cependant le cas, observé par Dubreuil et Laugier, d'une guérison, celui de Péan, où l'œil reprit son aspect normal, et celui de Lancial, où la thrombo-phlébite orbitaire est restée unilatérale et a guéri, laissant une atrophie du nerf optique.

En général, quand l'affection a une évolution lente et n'évolue pas vers la mort, l'œil est atteint de panophtalmie phlébitique. En effet, si au début, comme nous l'avons vu dans l'étude des symptômes de cette maladie, l'ophtalmoscopie ne décèle rien d'anormal, à la fin, on assiste à une altération progressive des milieux oculaires avec infiltrations purulentes et à une véritable fonte de l'œil.

La phlébite des sinus, dite hématique, se manifeste par du délire chez l'adulte et des convulsions chez l'enfant (Bouchut). Chez ce dernier, on les observe après une fièvre éruptive; elles ont ceci de caractéristique qu'elles sont paroxystiques et intermittentes, cloniques ou toniques, localisées ou généralisées. Du côté des yeux, on peut noter, en effet, du strabisme et de la déviation conjuguée des globes oculaires.

Le pronostic de la thrombo-phlébite orbitaire est donc extrêmement sombre. La mort survient, dans la majorité des cas, au milieu de symptômes méningo-encéphaliques graves, caractérisés notamment par un coma tranquille, du Cheyne-Stokes et un pouls petit et incomptable.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

Les autopsies ont permis à de nombreux auteurs d'avoir une idée exacte des lésions provoquées par la thrombo-phlébite orbitaire.

Les *veines ophtalmiques* présentent le plus souvent des parois épaisses, dures, ne s'affaissant pas à la coupe. Elles sont comme distendues, comme injectées par une masse solide. Leur membrane interne est rouge, et leur cavité pleine de pus mélangé de sang. Elles contiennent, en outre, des caillots sanguins plus ou moins diffluent.

On trouve microscopiquement les lésions ordinaires de la phlébite : « La face interne renferme des cellules rondes et des cellules fusiformes, qui, se réunissant par leurs prolongements, constituent de véritables cellules vaso-formatives et se transforment en capillaires embryonnaires. » (Coyne). Les tuniques externe et moyenne sont atteintes de périphlébite et quelquefois nécrosées.

Le caillot. — Dans la veine, la coupe donne issue à une sorte de putrilage rouge brun, à un mélange de sang et de pus, de fibrine et de fausses membranes. « Le caillot sanguin est suppuré par place, il est ailleurs jaune grisâtre, ou encore l'incision de la veine donne issue à du pus jaune. » (*Encyclopédie*).

Le sinus caverneux est lui aussi atteint. Il est, en effet, généralement occupé par du pus et des caillots et les autres sinus participent à cette suppuration.

A l'ouverture du sinus thrombosé, on trouve un caillot rem-

plissant plus ou moins la lumière du vaisseau. Ce caillot, qui adhère à la paroi vasculaire, se prolonge en pointe ou en gouttière du côté du cœur. Il est formé d'une série de couches concentriques dont les plus récentes sont cruriques et les plus anciennes grisâtres. Le thrombus peut être de consistance ferme, mais le plus souvent il est ramolli, putride.

S'il est ancien, il est creusé en son centre d'une cavité remplie de détritux puriformes et granuleux.

On trouve parfois un petit caillot pariétal : c'est la thrombose pariétale de Léntert.

« L'organisation des caillots intravasculaires se fait aux dépens des éléments cellulaires de la tunique interne des vaisseaux : cellules endothéliales de l'endoveine. Le réticulum fibreux sert de soutien à la végétation de ces éléments.

» Les phénomènes d'organisation sont très rapides; ils commencent, dès le premier jour de l'infection, par des modifications endothéliales. La septicémie retarde ces phénomènes. » (Cornil).

Voyons les lésions de voisinage : le tissu cellulaire de l'orbite présente les lésions du phlegmon; il s'y développe souvent des abcès autour des veines, abcès qui peuvent faire croire à un phlegmon primitif de l'orbite. Mais généralement, ces abcès phlébitiques sont multiples, petits, et ne communiquent pas avec les autres. Il est exceptionnel qu'une véritable collection purulente occupe le fond de la cavité orbitaire, comme dans le phlegmon de l'orbite.

Le nerf optique est souvent enflammé; il peut être injecté (Raymond) ou épaissi, boursoufflé, entouré d'une substance purulente (Ablart).

La capsule de Tenon peut aussi participer à cette inflammation; elle est dure, épaissie, renfermant même du liquide purulent.

L'anatomie pathologique de l'œil montre « un léger soulèvement de la rétine par un léger œdème, avec dégénérescence de la couche des cônes et des bâtonnets, correspondant à l'œdème blanc rétinien noté pendant la vie, à l'ophtalmos-

cope » (*Encyclopédie française d'ophtalmologie, Thrombo-phlébite orbitaire*, p. 540).

Les lésions de voisinage des sinus sont variables suivant que la mort est plus ou moins rapprochée du début de l'infection et que les lésions ont mis plus ou moins de temps pour évoluer. Ce sont la méningite purulente, puis, autour du sinus caverneux, des fusées de pus s'étendant jusqu'à la scissure de Sylvius, enfin une encéphalite de la base.

La dure-mère est généralement de couleur gris sale. Elle est épaissie, congestionnée, infiltrée par de petits abcès isolés ou agglomérés.

Des exsudats purulents peuvent remplir les sillons de la pie-mère et l'arachnoïde est transformée en un sac purulent.

Enfin, la thrombose du sinus caverneux peut provoquer des infections à distance, soit dans les poumons, soit dans le péritoine, soit dans les articulations.

Ce sont les métastases, dont nous verrons une observation plus loin, métastases très rares dans la thrombo-phlébite du sinus caverneux, beaucoup plus fréquentes dans la phlébite du sinus latéral.

CHAPITRE VI

Bactériologie.

L'infection *secondaire* du système veineux résulte d'une infection primitivement localisée à la peau ou à une surface muqueuse : c'est une *infection à distance*.

Certains microbes ont une tendance particulière à envahir le système vasculaire sanguin, tandis que d'autres restent cantonnés dans le système lymphatique. Un même microbe, le streptocoque par exemple, peut, suivant son degré de virulence ou selon le terrain sur lequel il évolue, déterminer l'une ou l'autre de ses modalités. Dans l'érysipèle, ce microbe se trouvera dans le système lymphatique, plus virulent, il donnera rapidement naissance à des septicémies et siègera dans le système veineux.

En cas d'infection générale, les microbes se localisent beaucoup plus souvent sur les veines que sur les artères, du fait de plusieurs conditions physiologiques dues à la circulation veineuse, caractérisée par la lenteur du cours du sang, par l'existence sur le trajet des veines de valvules qui servent de point d'arrêt aux microbes charriés par le sang.

Les sinus craniens sont en effet, selon l'expression même de Landouzy, des points morts de la circulation, l'action de la vis à tergo y étant épuisée, et l'aspiration thoracique nulle à ce niveau.

Enfin, dans la thrombo-phlébite orbitaire, l'anatomie nous montre les anastomoses nombreuses qui unissent les veines des régions cutanées et muqueuses de la face avec les veines ophtal-

miques et le sinus caveux et l'on comprendra aisément quelle voie de propagation empruntent les micro organismes pour atteindre le cerveau et y provoquer les désordres que nous avons étudiés.

On comprendra de même combien sont utiles ces valvules et ces anastomoses pour barrer ou dériver l'infection des centres nerveux si rapprochés

Les microbes trouvés dans la phlébite des sinus caveux, consécutive à l'otite notamment, sont presque toujours le *streptocoque*, quelquefois le *staphylocoque* et le *pneumocoque* (Netter).

On a trouvé aussi le pneumo-bacille de Friedlænder isolé le premier par Zaufal, le colibacille.

Enfin, comme l'ont montré Veillon et Zaber, Rist, il existe des microbes anaérobies qui interviennent souvent pour produire des suppurations fétides de l'apophyse mastoïde.

La propriété pyogène de certains de ces microbes, du streptocoque et du staphylocoque pour ne parler que des plus répandus, est très grande.

Ils peuvent évoluer simplement dans des foyers circonscrits et ils ne produisent alors qu'une action locale; c'est heureusement le mode de terminaison le plus fréquent. Mais, du point primitif d'introduction, ils peuvent parfois se répandre dans la circulation sanguine et lymphatique et produire des phénomènes graves d'infection : la *pyémie* ou la *septicémie*. Ces états morbides peuvent être de véritables intoxications dues à l'arrivée dans le sang de produits toxiques, ptomaines ou toxalbumines, résidus de l'activité vitale de ces bactéries.

CHAPITRE VII

Anatomie.

Les veines ophtalmiques, siège des lésions que nous avons étudiées, trait d'union pathologique entre les inflammations superficielles et profondes de la face et le sinus caverneux, ont été, pour ces raisons, particulièrement étudiées au point de vue anatomique. Dès 1830, Hyrtl (de Vienne) faisait des recherches sur les rapports de la méningite et des veines ophtalmiques. Depuis, de nombreux auteurs étrangers, notamment Dobrowsky, Schullen et surtout Merkel, publièrent à ce sujet des observations et des conclusions que Festal, dans sa thèse, confirmait pleinement.

Les veines ophtalmiques, en effet, amènent aux sinus caverneux le sang apporté à l'orbite par l'artère ophtalmique et ses branches.

Ces veines, au nombre de deux de chaque côté, se distinguent en :

Veine ophtalmique supérieure ;

Veine ophtalmique inférieure.

La plus importante de ces deux voies veineuses est la veine ophtalmique supérieure qui, comme son nom l'indique, occupe la partie supérieure de l'orbite. Prenant naissance à la confluence même des veinules issues des régions voisines, les paupières, le nez et le front, ou faisant dans bien des cas suite à la veine angulaire elle-même, elle se dirige du grand angle de l'œil vers l'orbite où elle s'engage en passant au-dessous du tendon réfléchi du grand oblique. Puis, décrivant une courbe à

concavité interne, elle gagne la partie la plus élevée de la fente sphénoïdale, après avoir croisé le nerf optique. Elle arrive ainsi au sinus caverneux où elle sè jette.

Chemin faisant, cette veine, qui draine vers ce « carrefour veineux » le long des régions superficielles de la face, reçoit les veines ethmoïdales antérieures et postérieures, les deux vasa corticosa supérieurs, la veine lacrymale, et parfois la veine centrale de la rétine (fig.).

Quant à la veine ophtalmique inférieure, elle se détache d'un riche réseau veineux occupant la partie antérieure de l'orbite et où viennent se jeter les veines des régions de la face, de la paupière inférieure, du sac lacrymal et même des fosses nasales. Et de là, en un trajet oblique en arrière et en haut, elle va se jeter soit dans la veine ophtalmique supérieure, au point où celle-ci traverse la fente sphénoïdale, soit dans le sinus caverneux.

Sur son parcours, elle reçoit les veines musculaires inférieures, les deux vasa corticosa inférieurs.

Comme on le voit par la description qui précède, les veines ophtalmiques sont en communication étroite avec les veines de la face.

La veine faciale s'anastomose en effet, à plein canal parfois, avec la veine ophtalmique supérieure; la circulation veineuse des fosses nasales, de son côté, est particulièrement développée. En certains points, les réseaux sanguins de la pituitaire se trouvent même transformés en une espèce de tissu caverneux spécial (Pilliet). L'anatomie a montré les nombreuses relations des veines nasales avec la veine ophtalmique, et, par son intermédiaire, avec la circulation intra-cranienne.

On comprend, dès lors, comment il se fait qu'un épistaxis amène un soulagement immédiat et considérable lorsque la pression intracrânienne est augmentée. On comprend aussi que, dans certains cas, l'infection nasale, si petite soit-elle, puisse se propager, grâce aux veines ethmoïdales, aux sinus crâniens et provoquer ainsi la complication si grave de la thrombo-phlébite orbitaire. Quant au *sinus caverneux* aboutissant des sinus de

tines, d'une part, et, d'autre part, par l'intermédiaire de la veine sphéno-palatine avec les veines ophtalmiques inférieures, on comprendra aisément qu'une infection venant des cavités de la face puisse gagner le sinus caverneux. Ainsi, superficiellement ou profondément, les anastomôses sont multiples : la circulation veineuse de ces régions paraît ressembler à une véritable toile d'araignée dont le sinus caverneux serait le centre.

CHAPITRE VIII

Traitement.

La thrombo-phlébite orbitaire est une affection, on l'a vu, presque toujours, pour ne pas dire toujours, mortelle. Aussi, en présence d'une pareille maladie, le traitement, on le devine, est purement palliatif. Certes, un diagnostic précis posé au *début*, avec comme point de départ une inflammation des régions superficielles de la face, permettra d'éviter, dans une certaine mesure, la marche rapide et impitoyable de cette redoutable complication.

Trois traitements peuvent être envisagés :

I. Un **traitement local**, consistant en de larges incisions au bistouri, suivies de thermo-cautérisations et de pansements humides chauds, lorsque surviennent un gonflement œdémateux circonscrivant la lésion d'origine et la couleur rouge sombre des téguments, lorsque apparaissent les douleurs s'accompagnant de symptômes généraux graves ;

. II. Un **traitement anti-infectieux** consistant à faire :

a) De la *chimiothérapie*, par des injections intraveineuses de certains métaux colloïdaux (argent, or colloïdal). Injections quotidiennes de 1 cc. de solution contenant 25 centièmes de milligrammes d'or colloïdal, comme le propose Letulle. Par crainte de collapsus cardiaque grave qui pourrait survenir à la suite de ces piqûres, on peut pratiquer des injections intramusculaires d'*argent colloïdal*, à la dose de 10 cc. pour un adulte ;

b). De la *séro ou vaccinothérapie* (staphylocoque et streptocoque) :

1° *Sérums antistaphylococciques*. — Certains paraissent doués de propriétés bactéricides marquées à l'égard du microbe et d'une certaine action atténuante vis-à-vis de l'infection qu'il détermine. Mais les sérums antistaphylococciques obtenus sont encore trop faibles pour être utilement employés en thérapeutique ;

2° *Sérums antistreptococciques*. — Leur emploi donnent des résultats inconstants. Ils ne sont pas, en général, bactéricides, mais ont un pouvoir antitoxique très élevé (sérum de Marmorek, d'Aronson, polyvalent).

3° *Vaccins antistaphylococciques et antistreptococciques*. — Ils ont un pouvoir limité et possèdent à peu près les mêmes propriétés que les sérums. On peut se servir du stock-vaccin, du Delbet ou de l'auto vaccin. Ce dernier, cependant, nécessite quarante-huit heures de préparation. Le Delbet est, en général, préférable en raison de sa composition (association de strepto et de staphylocoques).

Quoi qu'il en soit, les sérums sont d'un emploi plus pratique et permettent l'injection de 10, 20, 30, voire même 40 cc. dans le derme.

Il est indéniable que leur pouvoir antitoxique peut, dans une certaine mesure, agir sur l'évolution de la maladie.

Doyen signale ainsi une *guérison*, avec amaurose à gauche et diminution visuelle à droite, d'une thrombo-phlébite orbitaire, à la suite d'une injection de 10 cc. de sérum antistaphylococcique ;

c) Des *abcès de fixation*, que Fochier a préconisés dans la pneumonie et qui, ici, peuvent avoir leurs indications. On injecte 1 cc d'essence de térébenthine à la partie externe de la cuisse.

L'abcès est incisé au bout du quatrième ou cinquième jour, quand il se forme.

Tout ce traitement palliatif donne peu de résultats et la thrombo-phlébite s'installe malgré tout et quand même.

Que faire? Les chirurgiens ont tenté et tentent encore, en particulier les oto-rhino-laryngologistes, des opérations hasardeuses sans nul doute, puisque la lésion finale est le sinus caver-

neux, sinus beaucoup plus inaccessible que les autres, parce qu'il est situé plus profondément.

III. **Traitement chirurgical.** — Trois voies d'accès chirurgicales ont été préconisées : la voie transmalaire, la voie transorbitaire et la voie transmaxillo-nasale.

1° La première, décrite par Robineau dans sa thèse de Paris, 1898, est une voie *transmalaire* qui permet, après une rugination du plancher de l'orbite jusque dans la fente sphéno-maxillaire et une section de la paroi externe de l'orbite, du zygoma, d'atteindre le trou grand rond en se guidant sur le nerf maxillaire repéré.

En ruginant à nouveau, et en écartant le muscle temporal et le chef du ptérygoïdien interne, on arrive ainsi sur la fosse sous-temporale qui est trépanée.

De la sorte, en ayant soin de ne pas léser le nerf maxillaire supérieur, on atteint le sinus caverneux.

Robineau ajoute que le drainage serait très facile à établir par la partie antérieure de la région temporale, et que l'intervention sur l'orbite serait aussi aisée que possible.

2° La deuxième voie d'accès chirurgicale, proposée par Langworthy dans le *Laryngoscope*, en 1906, est une voie *transorbitaire*.

Elle consiste en « une incision prolongeant en bas et en dedans la ligne d'incision habituelle de la sinusite frontale. Découverte de la paroi interne de l'orbite, reclinaison de l'œil en dehors. Ouverture de la fosse nasale, ablation de l'ethmoïde, y compris les cornets supérieur et moyen. On tombe alors sur la paroi antérieure du sinus sphénoïdal que l'on enlève et on trépane sa paroi supéro-externe en contact avec le sinus caverneux. On l'ouvre et on remet l'œil en place, le drainage s'effectuant par le nez ».

3° Enfin la troisième voie, que Got décrit, en 1917, dans la *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, est une voie *transmaxillo-nasale* « large avec ou sans ablation de l'œil, suivant le jour donné et en une trépanation relativement large de la base du crâne, portant à la fois sur le fond de la cavité orbi-

taire et la paroi externe du sinus sphénoïdal. Drainage par le nez, ou, si on enlève l'œil, par l'orbite pour permettre la surveillance directe de la plaie ».

Quoi qu'il en soit, ces opérations ne pouvant être faites qu'*in extremis*, par suite de la marche extrêmement rapide de cette affection, n'ont que peu de chances de réussir.

Cependant, dans les cas de thrombo-phlébite orbitaire *monolatérale*, une thermocautérisation faite profondément, *jusqu'à l'os*, immédiatement au-dessous du sac lacrymal, peut quelquefois sauver le malade en isolant la veine ophtalmique de la phlébite faciale et des tissus infectés de la face.

C'est ainsi que Lancial en rapporte une observation. Tixier, de son côté, toujours dans le même cas, a obtenu une guérison, en ligaturant les deux bouts des vaisseaux angulaires.

En résumé :

A la période de début :

Une désinfection rapide et minutieuse des plaies de la face et de ses cavités,

une ouverture des furoncles, anthrax, abcès des sinus,

des débridements larges en cas de propagation à la veine faciale,

seront les seuls traitements chirurgicaux à pratiquer.

A la période d'état :

Un isolement immédiat de la veine ophtalmique, si nous n'avons affaire qu'à une thrombo-phlébite orbitaire unilatérale, pour éviter les métastases dans les poumons (comme l'observation III que nous publions plus loin en rapporte un cas) et la pyohémie, nous donnera peut-être une chance de sauver notre malade.

Aucune intervention chirurgicale, quelle que soit la voie d'accès, n'apportera, en l'état actuel de la science chirurgicale, la guérison quand les sinus caverneux seront pris, et à plus forte raison quand les phénomènes méningés feront leur apparition.

CHAPITRE IX

Observations.

OBSERVATION I

CHARLIN.

Thrombo-phlébite secondaire à une ostéite du maxillaire inférieur et à un phlegmon de la face.

Maria C..., obs. 1319, 10 ans. Le 17 avril 1918, nous sommes appelé d'urgence à la section de chirurgie infantile de l'hôpital. Notre confrère, le docteur Rayo nous donne les renseignements suivants : Maria C... est entrée, après plusieurs jours de maladie, au service de chirurgie, à cause d'un abcès facial ouvert dans la moitié gauche du plancher de la bouche (plusieurs molaires prêtes à tomber).

Elle est opérée le 18 avril, avec le diagnostic de *phlegmon bilatéral de la face d'origine dentaire*. On fait une incision en suivant le relief de l'arcade maxillaire inférieure. Issue de pus gangreneux ; on laisse deux tubes de drainage de chaque côté (l'abcès du côté gauche est ouvert dans le plancher buccal). Du côté droit, on arrache deux molaires. Le jour suivant, le 19 avril, la *température* qui était normale monte brusquement à 38°5 et, dès lors, se maintient élevée avec rémissions matinales. La pyrexie s'accompagne d'œdème de la face, surtout de la joue droite, qui monte vite jusqu'aux paupières, au front, et l'*exophtalmie gauche* apparaît bientôt suivie, quelques heures après, d'*exophtalmie droite*.

Le 27 avril, nous examinons pour la première fois la petite

malade, et nous notons : malade en état semi-comateux, inconscience, délire. Température, 39 degrés. Pouls, 140.

Examen oculaire. — *Exophtalmie bilatérale* plus prononcée du côté droit que du côté gauche où elle est très modérée.

Œdème palpébral, grande *dilatation veineuse palpébrale et frontale*. Chémosis conjonctival à droite. Pupilles en myosis avec réactions pupillaires difficilement perceptibles à O. D., bonnes à O. G.

Marche de la maladie. — 29 avril : L'exophtalmie, l'œdème palpébral et conjonctival ont augmenté considérablement à l'œil gauche ; maintenant, O. G. = O. D.

Examen ophtalmoscopique (fait avec pupille dilatée). — Œdème blanchâtre péripapillaire ; les papilles optiques apparaissent jaunâtres, anémiées, les vaisseaux filiformes, les veines très minces et les artères sont visibles seulement au moment de la diastole.

État général. — Sans variation appréciable. La température, normale ou près de la normale, le matin, présente de grandes hausses l'après-midi. Coma.

30 avril : Température, 38 degrés. Pouls, 160. Kernig positif. Par une perte de substance cutanée du front, récemment apparue, il coule du pus.

Examen ophtalmoscopique. — Papilles rosées, vaisseaux visibles facilement, les veines sont même un peu dilatées.

1^{er} mai : Température, 39 degrés. Pouls incomptable, filiforme.

2 mai : Mort à 9 heures du matin.

A l'autopsie, faite par le docteur Croiset, on constata une ostéite du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur gauche qui s'étendait jusqu'au plancher de l'orbite correspondante.

Le crâne ouvert, on constate une méningite purulente, une thrombo-phlébite des sinus caverneux, coronaires, transverses et des deux veines ophtalmiques et de leurs branches.

OBSERVATION II

Du Service d'oto-rhino-laryngologie de la 18^e Région et rapportée par Gor,
dans la *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*.

Amygdalite phlegmoneuse ayant entraîné la mort par thrombo-phlébite du sinus caverneux.

S... (Jean), 22 ans, soldat à la 18^e Section des infirmiers militaires. Entré à l'hôpital le 1^{er} mai 1915. Sujet fatigué, maladif, quoique de complexion d'apparence vigoureuse. Rhumatisme articulaire aigu ayant laissé un souffle extra-cardiaque (?); mauvais développement thoracique ayant nécessité un traitement rééducatif de la respiration en mécano-thérapie.

Le 18 avril avait débuté, au milieu de symptômes généraux assez violents, une amygdalite gauche extrêmement douloureuse. Les phénomènes locaux et généraux s'étaient aggravés rapidement. Le 26, la température atteignait 40 degrés. Le 27, un abcès amygdalien s'ouvrait spontanément, mais la température ne tombait pas. Le lendemain apparaissait de l'œdème de la région temporale, jugale et parotidienne. Température, 40°3.

A l'arrivée dans le service, on constate la persistance de tous ces symptômes, mais on note de plus de l'exophtalmie et un certain degré de torpeur intellectuelle. L'abcès amygdalien étant insuffisamment ouvert, on en agrandit l'ouverture au galvanocautère et à la pince. Le 2 mai, sensiblement même état; on injecte 2 cc. d'essence de térébenthine au niveau de la face externe de la cuisse et de l'électrolyse intraveineuse. On institue des grands lavages de la gorge toutes les deux heures, alternativement avec de l'eau boro-oxygénée à 1/20, et la liqueur de Labarraque à 2 p. 100. Mais le 3 mai, l'œdème de l'hémiface a considérablement augmenté. Apparition du chémosis à gauche. Albuminurie. Délire tranquille. Température, 40°6.

Dans l'après-midi, l'œdème sous-conjonctival augmente considérablement. L'exorbitis et le chémosis apparaissent de l'autre côté. Anurie, Cheyne-Stokes dans la soirée. Coma et mort à minuit.

OBSERVATION III

Publiée par les docteurs BEAUVIEUX, TEULIÈRES, ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE et VIAUD,
dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 décembre 1923.

Thrombo-phlébite caverno-orbitaire après lésion suppurative de la paupière.

Raymonde C..., 9 ans et 1/2, sans antécédent pathologique, revient de classe, le 6 juin 1923, se plaignant de l'œil gauche. Les parents ne remarquent rien d'anormal. Le lendemain, un petit point blanc, douloureux, apparaît sur le bord lacrymal de la paupière inférieure.

Le 8 juin, la lésion progresse. C'est un bouton blanc, entouré d'une petite auréole rose, disent le père et la mère, analogue à une piqûre de moustique.

Le 9, les paupières (surtout l'inférieure) enflent légèrement, tandis que les douleurs deviennent plus aiguës.

La famille se décide à faire venir le docteur Rousseau-Saint-Philippe, qui constate un œdème palpébral très accusé, accompagné de lymphangite de toute la région naso-jugale gauche. La petite malade se plaint de souffrir de son œil et de la tête; elle est fébrile, abattue, inappétente. Des compresses d'eau blanche et une potion calmante sont ordonnées.

Dans la nuit suivante et dans la journée du 11, l'œdème a beaucoup augmenté. *L'œil devient saillant*, s'immobilise dans l'orbite. Pas de chémosis. A la paupière inférieure siège un abcès ouvert au bord ciliaire par un petit pertuis qui laisse sourdre un peu de pus jaunâtre.

L'œdème gagne peu à peu la joue et la tempe.

Aucune altération de la vision.

La température s'élève, les céphalées s'exacerbent.

Deux vomissements à quelques heures d'intervalle. Constipation depuis trois jours.

Le docteur Rousseau-Saint-Philippe, rappelé, conseille de faire venir d'urgence un ophtalmologiste.

C'est donc le 12 juin que nous voyons, pour la première fois, la jeune C...

Nous notons les signes suivants :

Les paupières de l'œil gauche sont très tuméfiées; la peau de la paupière supérieure, distendue et rougeâtre, laisse transparaître le réseau bleuté des veines turgescents dont on sent, au palper, les petits cordons, douloureux, de consistance élastique.

A la paupière inférieure, un abcès du volume d'une bille, dont l'ouverture est placée sur le bord ciliaire interne.

Le globe, dans son ensemble, est en protusion d'un demi-centimètre environ. Il est immobilisé, sauf dans les mouvements de la latéralité, d'ailleurs très restreints; c'est *une exophtalmie directe, partiellement réductible, très douloureuse à la palpation*, ne s'accompagnant d'aucun chémosis, sauf en regard de l'abcès, dans le cul-de-sac inférieur.

La pupille est en myosis modéré et ses réflexes sont conservés. La vision est conservée, malgré une *papillite de stase* très marquée, sans hémorragie rétinienne, mais avec dilatation extrême du réseau veineux endoculaire.

La sensibilité est également très vive dans la région lacrymale.

La température axillaire est de 38°9; pouls, 120, régulier. Violente céphalée à siège surtout occipital; langue très saburrale, constipation, signe de Kernig et raideur de la nuque.

Craignant un phlegmon orbitaire au début, une intervention d'urgence est décidée et l'enfant est transportée à la maison de santé.

Anesthésie générale légère. Incision de l'abcès palpébral. Curettage. Puis longue incision suivant le rebord orbitaire. Décollement du contenu de l'orbite en longeant le plancher. On explore ainsi le fond de l'entonnoir jusqu'à la fente sphénoïdale. Aucune trace de collection purulente, il ne s'écoule que du sang. A l'aide de la sonde cannelée, on explore avec soin les moindres recoins, le résultat est négatif. Drainage.

Incision exploratrice également dans la région lacrymale enflammée et douloureuse. On trouve un *filament purulent le long des vaisseaux* de l'angle interne.

Large pansement humide.

Dans la nuit, la température monte à 40 degrés; pouls, 120. Signes de réaction méningée de plus en plus nets; position en chien de fusil. Puis apparition, à droite, d'un *léger œdème des paupières*, qui peu à peu s'accroît cependant que le globe devient exophtalme et que quelques vésicules sous-cutanées se dessinent.

Délire, agitation très vive. Les urines recueillies et analysées ne renferment ni sucre, ni albumine.

Abcès de fixation au niveau de la cuisse droite.

Le lendemain, les parents ramènent l'enfant chez eux. En fin de journée, la fillette est plus calme, mais les signes généraux, en particulier la céphalée et les troubles méningés, persistent.

Friction généralisée à l'aide d'une pommade à l'électrargol. Le pansement est refait. La pression dans la région du sac fait sourdre une goutte de pus, jaune, épais. Pas de suppuration par l'incision palpébrale drainée. L'exophtalmie n'a pas augmenté, les veines superficielles des paupières sont toujours aussi turgescents et douloureux.

À droite, l'œdème est un peu moins marqué, mais il existe, comme à gauche, une réplétion extrême du système veineux palpébral.

14 juin : La nuit a été très mauvaise; délire avec forte excitation cérébrale. Température, 40 degrés; pouls, 140.

Peu de changement au niveau des deux yeux, sauf accroissement de l'œdème palpébral droit.

Injectons intraveineuses d'électrargol : 6 cc. dans la journée.

Dans la soirée, l'enfant est dans le coma; respiration stertoreuse, pouls régulier, mais filiforme. Les veines du cou deviennent sensibles au toucher; le cou est lui-même enflé, ainsi que les régions sous-mentale et parotidienne.

15 juin : Dès le matin, état syncopal, pouls irrégulier, imperceptible. Température, 40 degrés, nez pincé, extrémités froides. Huile camphrée.

Dans la journée, amélioration évidente. L'enfant est sortie de son état hypothermique et reconnaît tout son entourage. Elle dit y voir distinctement de l'œil droit et de l'œil gauche. Elle parle et répond aux questions d'une façon très lucide.

L'œil gauche semble un peu moins exophtalme, le réseau des

veines palpébrales moins gonflé, les paupières moins œdématiées. Les deux yeux, immobilisés dans leur protusion, donnent au regard une fixité étrange. Les veines frontales se dessinent à leur tour, entourées d'un réseau de lymphangite périvasculaire surtout marqué au niveau de la racine du nez.

Le soir, température, 40°3; pouls, 84, petit, dépressible. Cyanose du cou; trismus, la déglutition devient presque impossible. On continue les injections intraveineuses d'électrargol.

16 juin : Nuit relativement calme; peu de délire; respiration stertoreuse. Le trismus s'est accru, empêchant l'ouverture de la cavité buccale.

A l'œil gauche, une quantité notable de pus sort de l'incision palpébrale. L'exophtalmie est moins forte des deux côtés et la malade peut faire mouvoir un peu ses globes, dans les mouvements de latéralité surtout. Elle reconnaît ses parents. Les pupilles sont en myosis et le sont toujours restées depuis le début de l'affection. Les paupières sont moins œdématiées, les veines frontales moins turgescentes.

Vers 21 heures, l'amélioration s'accroît localement, aussi bien à droite qu'à gauche, mais, en revanche, l'état général devient de plus en plus précaire. Electrargol intraveineux : 2 cc. Nouvel abcès de fixation à la cuisse gauche.

17 juin : Nuit bonne. Le matin, les signes locaux oculaires se sont encore amendés. L'exophtalmie a beaucoup diminué à gauche. Les paupières s'ouvrent plus facilement, les mouvements des globes sont possibles et on constate alors un *strabisme interne* bilatéral (paralysie des moteurs oculaires externes).

La face et le cou sont tuméfiés du côté gauche.

L'auscultation révèle l'existence d'un foyer pulmonaire de broncho-pneumonie à la base droite.

Enveloppements humides du thorax; huile camphrée, injection de lipo-vaccin polyvalent.

Dans la soirée, l'enfant est plongée dans une grande torpeur. Elle veut boire quand on introduit de force du liquide entre ses lèvres et répond vaguement aux questions posées avec insistance.

Empâtement marqué des glandes sous-maxillaires et masse indurée correspondant à la région du canal de Sténon.

18 juin : Nuit agitée.

L'œdème palpébral a disparu, ainsi que l'exophtalmie. Mais le double strabisme interne persiste. Les veines frontales sont moins saillantes.

En somme, régression manifeste des troubles oculaires phlébitiques. Mais l'état général s'aggrave.

Poumon droit envahi en entier par des râles sous-crépitaux fins; souffle tubaire; crachats purulents et striés de sang; herpès labial et lingual.

Température, 40°5; pouls, 160.

On continue les enveloppements froids et on injecte 2 cc. d'or colloïdal dans les veines.

Incision de l'abcès de fixation droit.

21, 22 juin : Aucun changement, si ce n'est la disparition totale des phénomènes inflammatoires orbitaires, à l'exclusion de la persistance de la paralysie des deux oculo-moteurs externes.

Température oscillant entre 39°3 et 40 degrés.

Incision de l'abcès de fixation gauche.

24 juin : Grandes oscillations thermiques, avec exagération des phénomènes pulmonaires droits et apparition d'une broncho-pneumonie à gauche.

Très mauvais état général. La température atteint jusqu'à 40°5. Pouls, 160.

26 juin : Coma complet, respiration stertoreuse, résolution musculaire; paralysie des extenseurs.

Mort le 27 juin, à 4 heures du matin.

OBSERVATION IV

Dr H. DESPRETS, *Journal des sciences médicales*, 4 février 1923.

Complication rare d'un orgelet. Phlegmon des paupières. Thrombo-phlébites. Guérison par stock-vaccin.

M^{me} H..., 43 ans, se présente dans notre cabinet le 6 septembre 1922, ramenée d'urgence de villégiature pour affection aiguë des paupières supérieure et inférieure droites.

Antérieurement, bon état général; ne signale qu'un petit orgelet de la paupière supérieure droite.

Brusquement, cet orgelet, qui jusqu'au 2 septembre évoluait normalement, subit une poussée inflammatoire nouvelle. Un médecin consulté temporise. L'état général et local s'aggravant, la malade se décide à nous voir. Le 6 septembre, à 10 heures du soir, nous la voyons et constatons : état général médiocre. Teint plombé des grandes infections. Plusieurs frissons dans la journée, fièvre élevée, langue saburrale.

État local. — Les paupières de l'œil droit œdématisées et rouges, forment une masse dure, tendue, du volume d'une mandarine.

Les paupières, légèrement entrebâillées, laissent voir un globe complètement immobile, avec cornée enchatonnée d'un chémosis blanc. Grosse adénopathie préauriculaire, avec vascularisation de la région.

Des paupières s'écoule un liquide roussâtre très abondant. Au moyen de l'écarteur de Desmarres, nous constatons l'exactitude de l'examen superficiel. Chémosis blanc, étendu à toute la conjonctive bulbaire. Une palpation directe nous fait sentir, sous cet œdème, de la conjonctive de petites masses vermiformes se prolongeant dans l'orbite. Au niveau du limbe scléro-cornéen, dans le rayon de quatre heures, petite ulcération. La chambre antérieure est claire, mais l'iris réagit d'une façon paresseuse. Vision nettement abaissée de ce côté.

Une pression sur le globe ne réduit pas l'exophtalmie; elle provoque une assez vive douleur. Les glandes lacrymales ne paraissent pas touchées.

Devant des phénomènes généraux et locaux aussi sérieux, nous décidons l'incision longitudinale des paupières, qui est faite sous anesthésie locale, par scurénaline à 2 p. 100, dans le sus et sous-orbitaire, prenant la précaution de laisser comme témoins les trois quarts externes de la paupière inférieure,

A l'incision, pas de pus collecté, mais bourbillons nombreux ne se détachant pas. Pansements à l'oxycyanure après instillation d'argyrol.

Le 7 au matin, l'état général ne s'étant guère modifié, nous com-

mençons une série de piqûres de stock-vaccin (Benoît). Cette première piqûre est suivie, dans la journée, de réaction thermique élevée. Réaction locale assez forte, mais s'atténuant rapidement dans la nuit.

Le 8 au matin, état à peu près stationnaire. Nouvelle piqûre. Réaction générale et locale plus forte que précédemment. Aspirine et une cuillerée à soupe de sirop de chloral. La nuit suivante, la malade, moins agitée, repose.

Le 9 au matin, à la levée du pansement, élimination de plusieurs bourbillons. Les lèvres de l'incision diminuent d'épaisseur. La région non incisée est moins rouge et l'œdème palpébral diminue rapidement.

Du côté de l'œil, globe un peu plus mobile : la conjonctive, bien que présentant encore de chémosis blanc, est moins tendue. A la palpation sous cocaïne, les masses vermiformes sont en diminution très nette. Pas de phénomènes infectieux endoculaires. Vision meilleure, l'iris réagit mieux à la lumière.

Le 10, nouvelle piqûre avec réaction générale et locale moins intense. A la levée du pansement, les paupières sont en pleine réparation ; les bords sont plats ; la portion non incisée de la paupière inférieure est, elle aussi, en voie de guérison.

Disparition de l'œdème palpébral. L'œdème conjonctival a fortement régressé et la palpation n'indique que de faibles nodules dans la profondeur. Les ganglions préauriculaires ont beaucoup diminué et l'aspect inflammatoire de la région a entièrement disparu.

Les jours suivants, amélioration de l'état général et local ; il persiste seulement une légère rougeur des bords libres des paupières.

Le 20, la portion non incisée de la paupière inférieure a repris son aspect normal ; la paupière supérieure est même un peu rouge.

Le 29, la malade cesse tout pansement.

Le 13 octobre, le globe est entièrement mobile ; plus de trace de phlébite profonde.

Nous avons pris à dessein trois types d'observations distinctes, illustrant pour ainsi dire notre description des symptômes

locaux que nous avons donnée, et une quatrième observation relatant une guérison par stock-vaccin.

La première observation rapporte le cas d'une thrombo-phlébite orbitaire consécutive à une ostéite du maxillaire inférieur et à un phlegmon de la face.

La maladie a duré quinze jours; Charlin y a observé tous les signes de la thrombo-phlébite orbitaire, il a noté surtout une phlébite frontale et la formation d'un abcès cutané du front succédant à la phlébite orbitaire.

La seconde observation que Got rapporte dans la *Revue de laryngologie* est celle d'un homme atteint d'amygdalite phlegmoneuse et qui meurt d'une thrombo-phlébite du sinus caverneux. La maladie a été de plus courte durée. Cinq jours ont suffi pour amener une issue fatale. Tous les signes y sont de la thrombo-phlébite orbitaire, l'infection s'est faite, des plexus ptérygoïdiens au sinus caverneux, par l'intermédiaire des veines du trou ovale et grand rond, comme nous l'avons vu dans ces cas-là.

La troisième observation est l'histoire d'une fillette qui a été atteinte d'une piqûre de moustique où d'un orgelet de la paupière inférieure gauche.

Cette observation est remarquable du fait que la thrombo-phlébite orbitaire a eu l'air de régresser, de tendre vers une guérison prochaine, jusqu'au moment où le streptocoque, dont nous avons étudié la virulence dans la bactériologie de cette affection, a provoqué une métastase à distance, dans les poumons, en l'occurrence, et a amené une pneumonie double, mortelle.

Ce fait est extrêmement rare. On le voit survenir plutôt dans la thrombo-phlébite du sinus latéral, comme nous le disions plus haut.

Il faut noter aussi la paralysie des moteurs oculaires externes qui provoque un double strabisme interne, et qui prouve l'envahissement des sinus caverneux, puisque l'anatomie montre que les nerfs de la 6^e paire sont en rapport direct avec les sinus caverneux, au travers desquels ils passent.

Nous croyons que la médication employée a eu pour résultats d'enrayer la phlébite des veines ophthalmiques, mais que devant une septicémie grave, la thérapeutique actuelle est bien faible et que pas plus, d'ailleurs, que l'intervention chirurgicale, elle n'a de chances de succès lorsque la thrombo-phlébite orbitaire n'est pas énergiquement combattue dès le début. C'est le cas de répéter le célèbre mot : *Principiis obsta*.

Quant à la quatrième observation, elle rapporte le cas d'une thrombo-phlébite orbitaire monolatérale guérie par stock-vaccin.

Tous les signes de la thrombo-phlébite orbitaire étaient présents : l'exophtalmie, l'œdème des paupières et le chémosis.

Les phénomènes généraux graves se trouvèrent influencés d'une façon rapide. Quatre piqûres suffirent.

Le fait est extrêmement rare. On peut donc juger ainsi de ce mode de thérapeutique que de Lapersonne préconise, et qui dans ce cas a donné un résultat aussi excellent qu'inespéré dans cette affection si redoutable.

CONCLUSIONS

1° La thrombo-phlébite orbitaire reconnaît comme principales causes : les inflammations de la face, les inflammations des cavités de la face et de la cavité du crâne.

Elle est donc la complication redoutable des furoncles de la lèvre supérieure, des dacryocystites suppurées, du phlegmon de l'orbite, des abcès du front et de l'érysipèle. Elle peut survenir à la suite des sinusites, des otites, des abcès des dents et de l'amygdale, à la suite aussi de la thrombose des sinus craniens ;

2° Son trépied symptomatique est l'*exophtalmie*. Exophtalmie toujours directe, unilatérale au début, devenant bilatérale pendant l'évolution de l'affection, l'*œdème des paupières* mou, permettant de sentir parfois les cordons indurés des veines palpébrales et une *hyperthermie* marquée allant de 39 à 40 degrés et s'accompagnant de phénomènes méningo-encéphaliques graves ;

3° On définit quatre formes de thrombo-phlébite orbitaire :

a) La forme pyohémique, la plus fréquente ;

b) La forme typhique, rappelant les allures de la fièvre typhoïde, tant au point de vue évolutif que symptomatologique (épistaxis, douleurs abdominales, etc.) ;

c) La forme méningée, que l'on voit survenir plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte, c'est la phlébite des sinus, dite phlébite hémétique ;

d) La forme pulmonaire, extrêmement rare, dont nous avons rapporté l'observation ;

4° La thrombo-phlébite orbitaire est toujours suppurée et infectieuse. Les microbes trouvés sont : le streptocoque, dans

la majorité des cas ; quelquefois, le staphylocoque et le pneumocoque ; rarement, le pneumo-bacille de Friedlœnder, et le coli-bacille ;

5° Elle s'étend toujours aux sinus caverneux, envahissant d'abord celui du côté de la phlébite des veines ophtalmiques, puis, par l'intermédiaire du sinus coronaire, le sinus opposé. Cette propagation se fait toujours extrêmement rapidement : en quelques heures, en l'espace d'une nuit le plus souvent ;

6° Le diagnostic doit être rapide. Il se fera avec les tumeurs de l'orbite, les tumeurs intraoculaires, la ténionite, la cellulite et le phlegmon de l'orbite. Avec cette dernière affection, le diagnostic sera extrêmement difficile. Outre que le phlegmon de l'orbite peut provoquer la thrombo-phlébite orbitaire, les points de ressemblance sont tels que seule la ponction exploratrice, parfois, pourra aider le diagnostic ;

7° Le traitement est préventif et palliatif. Il est plus médical que chirurgical, l'intervention sanglante hâtant le plus souvent la mort du malade.

Les essais de sérothérapie donnent des résultats très encourageants qu'il faut perfectionner.

La chimiothérapie, les abcès de fixation, les cardio-toniques peuvent être employés, mais leurs effets sont inconstants.

Quant au traitement chirurgical, trois voies d'accès ont été proposées : une voie transmaxillaire (Robineau), une voie transorbitaire (Langworthy) et une voie transmaxillo-nasale (Got).

Vu : *Le Doyen,*
G. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
LAGRANGE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 3 janvier 1924.
Le Recteur de l'Académie.

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1909, nous nous sommes reporté à celle de l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie*, concernant cette question.

BORGE. — La thrombo-phlébite des sinus caverneux. Thèse de Montpellier, 1910.

CHARLIN (C.). — Observations cliniques de thrombo-phlébites du sinus caverneux et des veines ophtalmiques. *Annales d'oculistique de Paris*, 1920, CLVII, 708-724.

GOT. — Thrombo-phlébites du sinus caverneux d'origine amygdalienne. *Revue de laryngologie, etc.*, Paris, 1917, XXXVIII, 312-321.

HAAS (E.). — Syndrome d'origine syphilitique simulant la thrombo-phlébite des sinus. Société française d'ophtalmologie, XXXI^e Congrès, *Annales d'oculistique*, Paris, 1914, 452-453.

HEMMEON (J.-A.-M.). — A case of cavernous sinus thrombosis of otitic origin by supposed direct infection of the petrosal sinus. *J. Laryng.*, Lond., 1922, XXXVII, 281-284.

JACQUES (P.). — Thrombo-phlébite du sinus latéral et abcès cérébelleux. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1911, XLIII, 275-277.

KERNAN (J.-D.). — Jr. Case of cavernous sinus thrombosis secondary to peritonsillar abscess. *Laryngoscope*, Saint-Louis, 1922, XXXII, 304-307.

LAMM (G.). — Thrombo-phlebitis orbitae after fissure of the lacrymal sac. *Hygiea*, Stockholm, 1909, 2 f., IX, 1288-1295.

LAURET. — Thrombo-phlébite des sinus caverneux, suite d'une infection d'origine dentaire. *Paris médical*, 1921, XLI, 305-307.

- MAYBAUN (J.-L.). — Cavernous sinus thrombosis of otitic origin. *Ann. otol.; rhinol. et laryngol.*, Saint-Louis, 1921, XXX, 1061-1064.
- MOSSGROVE (J.-R.). — A case of septic thrombosis of both ophtalmic veins and cavernous sinuses. *Ohio State. M. J.*, Columbus, 1913, IX, 329.
- MOTY. — Les thrombo-phlébites post-opératoires sont-elles de nature septique? *Semaine médicale*, Paris, 1912, XXXII, 241-245.
- SAMUELSON (C.). — Five cases of cerebral thrombo-phlebitis with fatal and from purulent leptomeningitis. *Oto-laryngol. meddel.*, Stockholm, 1912, I, 176.
- SNELL (A.-C.). — Report of a case of cavernous sinus thrombosis resulting from a small abscess in the skin of the temple, vaccine treatment. *Tr. Am. Ophth. Soc.*, Phila., 1913, XIII, Pt 2, 496-502.
- STOEWER. — Thrombo-phlébite avec perte de l'œil après extirpation du sac. *Annales d'oculistique*, Paris, 1922, 697.
- TAKASHIMA (S.). — Un caso de thrombo-flebitis orbitaria después de la extirpacion del saco lacrymal con examen anatomopatologico. *Ann. de oftal.*, Mexico, 1913-1914, XVI, 331.
- WOODBURN (J.-J.). — Septic thrombosis of cavernous sinus. *Med. J.*, Australia, Sydney, 1921, II, 435, et *Med. Press.*, Lond., 1922, n. s., CXIII, 13.

